PARIJS

Année 1972 N°

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

130

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Esther Dolly DEBACHE

NÉE LE 10 MARS 1947 A TUNIS (TUNISIE)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

DE LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE

AU REGARD DE LA MEDECINE

PRESIDENT : MONSIEUR ANDRE BOURGUIGNON, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

UNIVERSITE RENE DESCARTES

FACULTE NECKER-ENFANTS-MALADES

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Esther Dolly DEBACHE

NÉE LE 10 MARS 1947 A TUNIS (TUNISIE)

Présentée et soutenue publiquement le 1972

DE LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE AU REGARD DE LA MEDECINE

PRESIDENT : MONSIEUR ANDRE BOURGUIGNON, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
DEL.

A mes Grands Parents,

A mon Père, et à ma Mère

en témoignage de mon affection et de mon respect, eux qui n'ont pas ménagé leurs peines pour me permettre d'étudier, ce travail est le leur.

A Hervé et Sylvie

A Joelle, Claude, Gilles

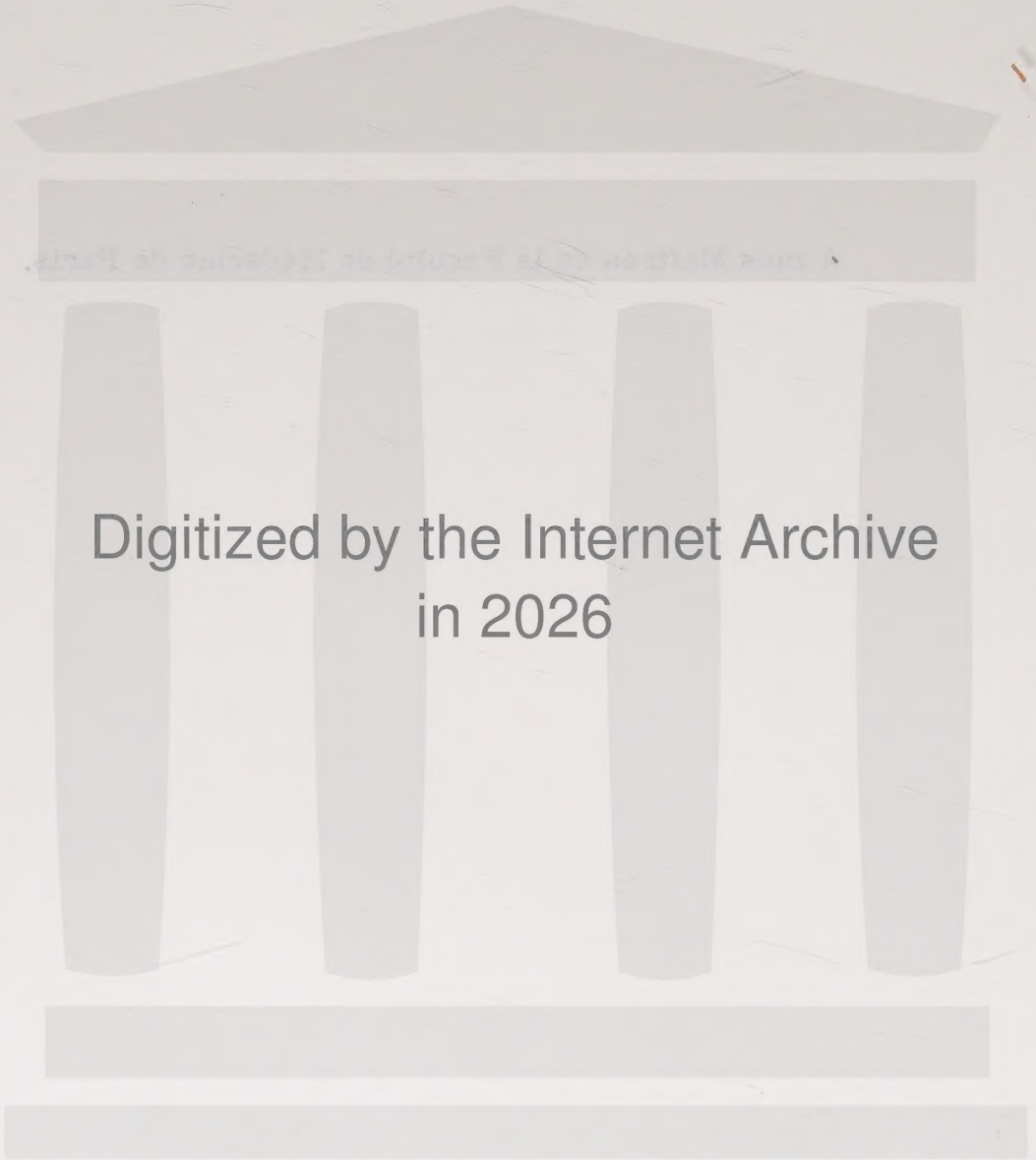
A ma Famille

A mes Amis

A Monsieur le Professeur André BOURGUIGNON

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549210_0006

A Monsieur le Docteur Pierre BAILLY-SALIN
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques .

Vous m'avez guidé dans ce travail
et j'ai trouvé auprès de vous un précieux
enseignement et toujours une grande
bienveillance .

Veuillez trouver ici l'expression de mon
admiration et de ma sincère gratitude .

A mes Maîtres

La Prière du Médecin, d'après MAIMONIDE

Rabin du XIIe Siècle

DIEU, remplis mon âme d'amour pour l'art et pour toutes les créatures. N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire m'influencent dans l'exercice de mon art, car les ennemis de la vérité et de l'amour des hommes pourraient facilement m'abuser et m'éloigner du noble devoir de faire du bien à tes enfants. Soutiens la force de mon coeur pour qu'il soit toujours prêt à servir le pauvre et le riche, l'ami et l'ennemi, le bon et le mauvais.

Fais que je ne vois que l'homme dans celui qui souffre. Fais que mon esprit reste clair près du lit du malade, qu'il ne soit distrait par aucune chose étrangère afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné; car grandes et sublimes sont les recherches scientifiques qui ont pour but de conserver la santé et la vie de toutes les créatures.

Fais que mes malades aient confiance en moi et mon art, qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions. Eloigne de leur lit les charlatans, l'armée des parents aux mille conseils, et les gardes qui savent toujours tout, car c'est une engeance dangereuse qui par vanité fait échouer les meilleures intentions de l'art et conduit souvent les créatures à la mort. Si les ignorants me raillent et me blament, fais que l'amour de mon art comme une cuirasse, me rende invulnérable pour que je puisse persévérer dans le vrai, sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. Prête moi, Mon Dieu, l'indulgence et la patience auprès des malades entêtés et grossiers.

Fais que je sois modéré en tout, mais insatiable dans mon amour de la Science. Eloigne de moi l'idée que je peux tout. Donne moi la force, la volonté et l'occasion d'élargir de plus en plus mes connaissances. Je peux aujourd'hui découvrir dans mon savoir des choses que je ne soupçonnais pas hier car l'Art est grand mais l'Esprit de l'homme pénètre toujours plus avant ".

oOo

PLAN D'ETUDE

I - Introduction

II - Historique

III - L'évènement en physiologie et en psychiatrie :

- A - le modèle physiologique
- B - le modèle Freudien
- C - conclusion.

IV - Un diagnostic en Psychiatrie

V - La pratique médicale et psychiatrique :

- A - le diagnostic étiologique
- B - le diagnostic anatomo-clinique
- C - le diagnostic symptomatique
- D - la demande de soins

VI - L'expérience psychothérapique

- A - l'expérience Immédiate du psychothérapeute
- B - la relation thérapeutique

VII - Conclusions.

oOo

INTRODUCTION

Nous voulons tenter d'exposer les problèmes que se posent au médecin généraliste en abordant la psychiatrie, discipline médicale, à travers le cas d'une prise en charge d'une malade dans le cadre d'une institution psychiatrique.

Ce travail a été entrepris dans le service d'Hygiène Mentale du 7e arrondissement de Paris sous la direction de Monsieur le Docteur Pierre Bailly-Salin avec qui nous avons travaillé pendant une année.

Le service dans lequel Mademoiselle D... a été hospitalisée est un secteur de 75 lits répartis en deux pavillons, un des pavillons contient 26 malades hommes et femmes de tous âges, c'est un pavillon ouvert de structure libérale dans lequel l'équipe infirmière a une attitude tolérante.

Le second pavillon d'une cinquantaine de lits est un pavillon fermé qui regroupe la majorité de séniles et de débiles psychotiques. Il reste toutefois une dizaine de lits occupés par des malades "aigus" susceptibles de sortir.

Du fait de l'importance des soins somatiques qu'exige cette population, le personnel infirmier s'est identifié à une fonction maternante et l'atmosphère du pavillon y est plus régressante.

L'équipe médicale se compose d'un médecin chef de deux assistants de deux internes et d'une psychologue.

Ce petit nombre permet des échanges fréquents entre le personnel soignant des deux pavillons.

On peut considérer qu'un malade qui se fait hospitaliser est pris en charge par la totalité et service et a au cours de son hospitalisation des contacts avec la totalité de l'équipe soignante, bien qu'un thérapeute en soit plus particulièrement responsable.

Sur le plan méthodologique nous nous sommes demandés si la recherche des symptômes et l'exploration des diverses modalités pathologiques de la vie mentale sont analogues à la recherche de signes physiques instruits en médecine.

Dans cette perspective purement médicale :

1 - la séméiologie a référence nosologique a pour paradigme : le signe pathognomonique,

2 - les signes servent non pas de signes de maladies mais signe d'étiologie,

3 - enfin la séméiologie psychiatrique se veut une référence à un modèle fonctionnel cérébral.

Il faut signaler que l'hypothèse d'une organogénèse stricte des symptômes amène à décrire et à distinguer des phénomènes pathologiques en fonction de systèmes fonctionnels que l'on pense altérés.

Dans cette perspective la psychiatrie appartient totalement à la médecine et la séméiologie médicale est une bonne référence pour la séméiologie psychiatrique.

On doit toutefois enregistrer dans la perspective d'une pratique psychiatrique quotidienne une orientation de plus en plus psychanalytique. Or cette démarche analytique se présente pour l'étudiant habitué à l'enseignement médical comme un renversement total des méthodes cliniques et de la compréhension de la symptomatologie.

Le symptôme n'est plus envisagé comme signe d'un déficit ou d'un dysfonctionnement par rapport à un "modèle normal". L'investigation psychanalytique ratache le symptôme a une chaîne de défenses de l'individu.

Le symptôme est signifiant de par sa liaison avec des processus inconscients.

De plus Freud et depuis toute la démarche analytique lient le symptôme au désir et à ses perspectives, notamment dans les relations intersubjectives.

Enfin pour conclure cette introduction, nous pouvons dire que le symptôme a toujours dans la démarche psychanalytique une téléologie : il sert à celui ou à cela, il n'est plus "état" que dans son aspect manifeste.

oOo

HISTORIQUE

1 - l'approche magique
2 - l'approche organique
3 - l'approche psychologique.

Les trois courants fondamentaux de la psychiatrie. Trois courants fondamentaux se partagent la pensée psychiatrique depuis l'époque la plus primitive.

Le premier tente d'expliquer les maladies mentales en termes physiques, c'est l'approche organique, la deuxième approche tente de trouver une explication psychologique avec troubles mentaux, enfin le troisième courant tente d'aborder les évènements inexplicables par l'intermédiaire de la magie.

1 - L'approche magique :

L'homme primitif soignait ses maux mineurs grâce à des techniques empiriques grossières, fondées sur l'intuition. Il rafraichaissait leurs blessures avec de la salive, soulageait ses fièvres en se plongeant dans l'eau froide, retirait de sa chair les corps étrangers à l'aide de ses doigts (aussi bien que possible).

Les premières tentatives faites pour expliquer la maladie relèvent tout autant de l'intuition. L'explication la plus simple est que les "maladies arrivent toutes seules" bien que soit admis, dans une certaine mesure, un rapport de cause à effet. Par exemple les bantous savent et comprennent que la nourriture passe pas le corps et que manger ou boire à l'excès est cause d'un malaise.

Lorsque les causes d'une maladie n'étaient pas évidentes, l'homme primitif les attribuait à l'influence maligne soit d'autres hommes, soit d'êtres surnaturels et se défendait des premiers par la magie et la sorcellerie et les seconds par des pratiques magico-religieuses : dans la mesure où ces méthodes thérapeutiques s'efforcaient de modifier psychologiquement des conséquences néfastes on peut dire que la psychiatrie est la plus ancienne des spécialités médicales.

La médecine primitive était éssentiellement une "psychiatrie primitive" Les souffrances physiques et mentales n'étaient pas dissociées, pas plus que ne l'étaient médecine, magie, religion. La magie était toujours dirigée contre un être, humain ou surnaturel, qui par malveillance avait infligé une maladie à un autre être humain. Le sorcier guérisseur primitif affrontait très logiquement les êtres ou les mauvais esprits qui tourmentaient son patient à l'aide de moyens humains comme le respect, la supplication, la corruption, l'intimidation, l'apaisement, la confession et la punition en les traduisant dans des exorcismes, des rites magiques, et des incantations on pensait que la maladie était causée par l'addition d'un élément superflu, le plus souvent "tiré" dans le corps de l'individu par un sorcier ou par un dieu à l'aide d'une sarbacane et de flèches.

La soustraction de quelque chose au corps est lié à la conception de l'âme que se faisait l'homme primitif, telle qu'elle se manifestait dans les rèves, les spectres, les hallucinations. Tant que l'âme et le corps demeuraient ensemble, l'homme restait en bonne santé, mais si l'âme ou une partie de l'âme le quittait ou était enlevée, l'homme tombait malade.

Selon les croyances de divers tribus l'âme se trouvait dans différentes parties du corps telles que le coeur ou les reins. Le sorcier malveillant s'appropriait l'âge de sa victime et ce faisant, introduisait la maladie dans l'homme.

Un autre principe important et immanent à cette conception magique est que deux objets spéarés l'un de l'autre par l'intermédiaire d'une rela-

ation secrète. Sir James Frazer (1854-1941) a donné à cette idée le nom de "magie sympathique". Deux choses qui se ressemblent exercent une influence l'une sur l'autre du fait de leur similitude, parce qu'elle sont en sympathie l'une avec l'autre. De ce raisonnement découlent les magies dites imitatives et mimétiques.

Un sorcier guérisseur peut mimer la maladie et la guérison de son malade, feignant d'être mourant, se tordant de douleur, puis se rétablissant lentement pour susciter par un processus magique et mimétique la guérison du mourant. Une autre forme de magie sympathique repose sur la loi de la contiguité, selon laquelle une action réciproque se continue entre des choses à présent séparées, mais auparavant proches l'une de l'autre.

La magie sympathique est sous jacente à l'utilisation d'effigies pour exercer une influence sur autrui.

On façonne une effigie de la victime visée, à partir de cire d'abeille, comme cela se fait dans la presqu'île Malaise, et l'on peut par exemple, percer les yeux de la figurine dans l'intention de causer la cécité chez la personne qu'elle représente. Si l'on désire la mort de quelqu'un l'effigie est traitée comme si la personne était morte.

Si la notion de sympathie entre deux objets animés ou non semble relever d'une explication mécaniste des choses, le fait sous jacent important demeure que les mécanismes de similitude, de contiguité, sont utilisés par un être malfaisant pour causer un tort. L'intention est donc, dans toutes les théories, la cause ultime de la maladie. L'effet est obtenu par le pouvoir que possède le sorcier à influencer psychologiquement une victime sensible à la suggestion. Il n'est pas surprenant de voir que, dans les sociétés primitives, les individus les plus énergiques, les plus entreprenants et souvent les plus doués sont les sorciers. En bref, l'effet de la magie dépend de la suggestibilité de la personne sur laquelle la magie s'exerce, du pouvoir de suggestion de celui qui pratique la magie, et enfin, du rapport de sympathie entre les objets.

La médecine primitive était constitué par des procédés psychologiques destinés à exercerune influence sur tous les évènements naturels y compris les maladies du corps et de l'esprit. Cette médecine magique animiste reflète la vision qu'avait l'homme primitif de l'Univers, fondée sur la découverte qu'il avait faite des lois psychologiques régissant son propre comportement.

Les premiers hommes ont fait l'expérience subjectives de certaines séquences d'évènements dans leur propre comportement, séquences qui leur sont apparues comme naturelles, absolument évidente et même axiomatiques. Il leur semblait naturel d'éprouver de la colère quand ils étaient assaillis ou de la peur lorsqu'ils se sentaient poussés à attaquer un individu qui les avait vaincus auparavant. On a appelé de telles séquences d'évènements des "syllogismes émotifs" ne requérant aucune explication ou preuve. Ces séquences sont ressenties comme naturelles et inévitables, et comme suivant la "logique des émotions". L'homme primitif a possédé ce genre de connaissance bien avant d'avoir compris l'ordre des choses dans le monde qui l'entourait. Il ne pouvait pas savoir que des bactéries sont cause de l'infection des blessures, mais il savait comment faire usage de son corps, et il appliquait cette connaissance subjective intérieure aux évènements extérieurs.

Le vent a des effets destructeurs : il supposait qu'un être en colère le faisait souffler pour l'attaquer.

La pluie lui était envoyée par des esprits pour le récompenser ou le punir.

La maladie était une affliction envoyée par des êtres surnaturels, invisibles ou provoquée par les pratiques magiques de ses ennemis.

Il animait le monde qui l'entourait en attribuant aux évènements naturels les motivations humaines qu'il avait appris à bien connaître à partir de sa propre expérience subjective. Il était donc logique pour lui d'exercer une influence sur les évènements naturels aux moyens des méthodes qu'il utilisait pour exercer une influence sur les êtres humains, l'incantation, la prière, la corruption, la punition et l'expiation.

Comme la plupart des théories la démonologie contient une part de vérité : le fait que le comportement humain peut s'expliquer psychologiquement est admissible par quiconque a analysé sss propres actions. Mais l'erreur évidente commise par l'homme primitif est d'avoir attribué à une nature inanimée des motivations humaines.

L'approche organique :

L'homme en observant ce qui se passait dans la nature, a commencé à prendre conscience de certaines séquences temporelles. L'apparition du jour avec le lever du soleil l'a conduit à supposer que le soleil était la cause du jour. Pourtant ce type de causalité était différent de celui tiré de ses expériences intérieures. L'homme pouvait ainsi chasser l'obscurité en faisant du feu. Cependant cet évènement était différent du phénomène du lever du soleil.

L'homme voulait obtenir de la lumière en faisant du feu. Il n'observait pas un dessein identique en ce qui concerne le soleil.

Par l'extrapolation de ses propres expériences, évitant l'explication de phénomènes naturels, il supposait que le soleil ou plus précisément un dieu du soleil avait quelques raisons de créer la lumière. En d'autres termes, l'homme primitif étendait la causalité de la motivation de ses propres actions à la nature entière.

Le problème posé par l'existence ou la non existence d'un dessein dans la nature à exercer un effet profond sur le développement de la science.

La médecine a progressé au fur et à mesure qu'elle s'est libérée de ces théories animistes et qu'elle les a remplacés par un autre type de causalité, c'est-à-dire à une causalité non psychologique et susceptible de s'appliquer ainsi à la nature inanimée.

Les sciences de la nature n'ont pu se développer qu'après que l'homme ait remplacé ses idées primitives touchant à une causalité liée à une motivation dans la nature par la reconnaissance de certaines régularités dans le monde naturel.

Une telle connaissance a été difficile à établir et peu aisée à soutenir. Les philosophes rationalistes grecs du VII et du VIe siècles avant notre ère, posèrent les fondements de la pensée scientifique. Mais au Moyen Age leurs découvertes révolutionnaires durent faire place à un retour aux influences démonologique et magico-religieuse.

Ce n'est qu'au cours des trois derniers siècles que la pensée scientifique est parvenue à véritablement prédominer.

Il s'est révélé essentiel pour le propre de la science que s'établisse progressivement la conviction qui en définitive tous les phénomènes de la vie peuvent se décrire et se comprendre en termes de physique et de chimie.

En conséquence, les recherches sur la constitution véritable du corps humain en partant de la simple cellule, se sont intensifiées. Le corps humain s'est peu à peu révélé être un système physico-chimique, extremement compliqué fonctionnant par transformation de l'énergie chimique en énergie mécanique.

La définition du concept de stabilité (homéostasie par Théodor Fechner - 1801 - 1827) (Claude Bernard - 1813 - 1878 -) (et Cannon - 1870-1945), a permis dans sa formulation, de dissocier l'objet de la science d'une signification téléologique. Ce principe, rappelons le, attribue à l'organisme une tendance à l'homéostase, nécessaire à la perpétuation de la vie. Pour l'essentiel, ce principe ressemble à la première loi du mouvement de Newton selon laquelle les corps tendent à rester en mouvement ou stationnaires sous l'effet de l'inertie. De même que selon toute évidence, l'inertie n'est pas une fin de même homéostasie ne saurait être la manifestation d'un dessein.

Se fondant sur ces principes, la fin du XIXe siècle semble parvenu a affranchir tous les processus naturels des forces psychologiques.

3 - L'approche psychologique :

L'homme primitif n'avait pas besoin d'une explication surnaturelle pour une blessure infligée par une arme tranchante. Par contre, des maladies

internes dans lesquelles ni le lien de l'affection ni ses causes ne peuvent être directement observés exigeaient des explications démonologiques.

L'homme a appliqué àces phénomènes qui demeuraient invisibles pour le seul savoir solide dont il disposait c'est-à-dire la connaissance de ses propres motivations acquises par expérience subjective directe.

Mais s'il pouvait réussir à expliquer son comportement normal, en termes psychologiques, pourquoi lui a t il fallu aussi longtemps pour parvenir à utiliser le même solide savoir sur la causalité psychologique pour expliquer le comportement anormal ?

L'une des raisons de ce retard dans la constitution d'une psychiatrie rationnelle réside dans le fait que le comportement normal ne suscite pas le besoin d'une explication scientifique. Nous connaissons nos aspirations et nos espérances. Nous savons ce qui blesse nos sentiments ce qui nous plait, nous savons comment nos desseins et nos sentiments déterminent notre comportement du moins nous croyons le savoir. Ce n'est que lorsque le comportement et les sentiments d'un homme deviennent anormaux par exemple, lorsqu'une personne passe par des périodes d'exaltation et d'abattement sans raison apparente, voit et entend des choses qui n'existent pas ou est effrayé sans avoir été menacée, que nous avons besoin d'une explication particulière.

L'homme primitif expliquerait un comportement anormal par l'intervention d'une puissance extérieure. En bref la maladie mentale était causée par des forces spirituelles malfaisantes,

Dans le principe l'homme a eu raison d'associer les maladies mentales aux forces psychologiques, mais ce dont il ne s'est pas rendu compte pendant longtemps, c'est que ces forces ne se situent pas en dehors de lui même, mais qu'elles sont ses désirs, ses craintes, ses pulsions qu'il ne peut accepter.

Ce rôle magique semble-t-il est repris actuellement par la chimie du cerveau. On a tendance à rendre cause de "maladies mentales" les perturbations de la chimie du cerveau plutôt que les expériences vécues par un individu.

Quelle que soit la cause de la perturbation dans la chimie du cerveau, il est difficile de croire que l'on peut "guérir" un esprit perturbé en modifiant telle ou telle raison de réactions chimiques et que le patient en tant que personne n'a plus besoin d'essayer de comprendre la signification de son comportement. Il est indéniable que la chimie du cerveau joue un rôle dans tous les processus mentaux dans tout effort, dans tout apprentissage ainsi que dans les troubles mentaux. Mais on ne saurait dissocier la chimie du cerveau de l'homme de ce qui est au centre même de son existence, sa personnalité. Certes la chimie du cerveau peut être modifié par le tension émotive, par l'angoisse, le désespoir. Mais l'interprétation de la chimie du cerveau à la psychologie constitue peut être la tache principale de la psychiatrie contemporaine.

oOo

L'EVENEMENT DANS LE MODELE PHYSIOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE .

A - Le Modèle Physiologique

B - Le Modèle Freudien

C - Conclusions .

A - L'évènement dans le Modèle Physiologique :

Nous considérons comme évènement toute modification de l'environnement ou de l'organisme lui-même, susceptible de perturber l'état d'homéostasie .

Chez les animaux et l'homme, un organe particulier, le système nerveux et, plus particulièrement, son prolongement antérieur le cerveau se spécialise dans l'échange des signaux .

Par l'intermédiaire des organes des sens, le cerveau, il reçoit les signaux, les intègre , donne les ordres qui finalement se traduisent en action, dont le résultat est le maintien ou l'établissement d'une certaine forme d'homéostasie .

Il paraît donc essentiel d'analyser quelles formes peuvent prendre les rencontres du cerveau et de son environnement, et surtout quelles conséquences ces rencontres auront dans la réalisation de sa structure fonctionnelle.

La complexité extrême du cerveau des vertèbres supérieures et plus particulièrement des mammifères et de l'homme rend cette entreprise particulièrement impossible .

Dans l'incapacité de faire une mise au point des connaissances actuelles, nous essayerons d'exprimer brièvement les lignes directrices et les princeps qui s'élaborent.

Pour de nombreux biologistes, les rencontres possibles du cerveau et de son environnement ne seront pas classées en fonction de la nature physique, de ses rencontres, ni en fonction de la finalité de la réponse commandée par le cerveau, mais en fonction de la durée des traces que ces rencontres laissent dans la structure et le fonctionnement cérébral.

Ils distingueront les réponses rapides du S.N. à l'évènement réponse de l'ordre d'une fraction de seconde ou de la minute qui ne laisse peu ou pas de trace. La perturbation est passagère, la réaction des centres nerveux est telle que l'organisme revient à son état d'homéostasie initiale, puis en fonction de l'évènement cette mécanique rigide peut se modifier et entrainer une évolution vers un nouvel état d'homéostasie.

Ce nouvel état pouvant être génétiquement stable ou instable au sein d'une génération.

1 - Réaction immédiate à l'évènement et la prédétermination des structures nerveuses de l'adulte :

Examinons une propriété motrice simple en apparence comme la marche qui peut s'appréhender comme un enchevêtrement complexe d'actions de l'environnement (le sol) et la réaction de l'individu (de détentes et de contractions musculaires) survienne un obstacle quelconque, la marche de l'individu se modifie. Il surmonte ou contourne l'obstacle et finalement poursuit son chemin.

Cette suite d'opérations qualifiées habituellement d'histinctues met en oeuvre un certain nombre de circuits nerveux relativement bien connus. Ces circuits relient les récepteurs sensoriels des membres à des cellules nerveuses sensitives, elles mêmes connectées aux neurones moteurs qui commandent les muscles de la machine.

Au départ : la rencontre de l'obstacle est reçue par une cellule sensorielle spécialisée, transformé par un signal électrique qui se propage le long du nerf jusqu'au centre nerveux, y est analysé pour donner lieu finalement à un autre signal électrique qui se propage en sens inverse et vient stimuler une cellule effectrice musculaire par exemple.

L'étape critique de la rencontre, celle qui est à l'origine de la réponse des centres nerveux se situe donc au niveau de la cellule sensorielle. C'est elle qui reçoit le signal physique et le transforme en signal nerveux.

Analysons de plus près les éléments en présence dans cette rencontre.

Les récepteurs sensoriels préexistent à cette rencontre le signal physique aussi. Mais le récepteur n'est pas sensible à n'importe quel signal physique, de plus il est sensible à un signal physique donné dans une zone d'intensité très restreinte.

L'adéquation du signal physique au récepteur sensoriel, conditionne l'efficacité de la rencontre.

Suivons maintenant la trace du signal électrique au sein de l'organisme, ou Potentiel d'action qui apparaît au niveau d'un récepteur sensoriel.

Il est remarquable que ce signal possède à peu de choses près les mêmes caractéristiques quelque soit le nerf considéré ou l'organe sensoriel qui la produit.

Seuls la fréquence ou le nombre des potentiels d'action est susceptible de varier avec la nature ou l' du stimulus.

Les organes des sens transforment les signaux spécifiques et variés venus du monde extérieur en signaux conventionnels.

En franchissant les limites de l'organisme, le signal perd en apparence sa spécificité, son contenu informationnel.

En fait, la spécificité du signal reçu n'est pas perdue, elle est reprise par la spécificité des cables qui relient les récepteurs sensoriels et nos relais neuroniques particulier des centres nerveux. Ainsi le "hardware" de l'ordination cérébrale préexiste comme l'organe des sens à l'évènement.

Un très grand nombre de comportement se trouve sous la commande automatique de ces circuits (sommeil, agressivité, instinct sexuel, plaisir).

2 - L'empreinte de l'évènement dans la structure cérébrale :

Au niveau individuel l'évènement peut laisser une trace durable qui persiste des mois, des années, toute la vie de l'individu, mais n'est pas transmissible d'une génération à une autre par la reproduction sexuée.

Mise en face d'une situation entièrement nouvelle pour l'espèce comme une lampe électrique, un labyrinthe, une mangeoire à pédale, la souris va apprendre à trouver sa nourriture, a fuir un choc électrique.

La résistance à l'évènement du programme génétique se dénoue pour laisser place à une image de non détermination ou de plasticité qui le rend apte à recevoir l'empreinte de l'environnement et à la conserver.

Ou pour employer le mot de F. Jacob, le programme génétique "s'assouplit".

Dans ce cas comme dans celui du fonctionnement rapide, n'importe quel signal extérieur ne donne pas lieu nécessairement au déclenchement du phénomène.

La mise en place d'une trace durable est en fait soumise à des rejets qui la limite de manière très stricte.

Les limites couvrent la nature et le nombre de signaux enregistrés, la vitesse à enregistrer ces signaux, le moment où dans la vie d'un organisme, la trace s'installe.

La preuve génétique de ces limites a été donnée par Bovet sur un matériel constitue par les souris de laboratoire.

Partant d'une population hétérogène, il étudie les aptitudes de chaque individu de la population à éviter un choc électrique lorsqu'une lampe s'allume.

Certaines souris apprennent plus vite que d'autres, ce sont celles aussi qui se retrouvent le plus rapidement dans un labyrinthe, elles paraissent les

plus douées, croisées entre elles, elles donneront des lignées douées. Ces lignées sont stables génétiquement et quel que soit l'enrichissement de l'environnement dont on entourera les moins douées, elles n'apprendront jamais aussi vite que les douées.

Aussi bien la vitesse à apprendre, que ce qui est appris qualitativement et quantitativement se trouvent circonscrits dans une barrière structurante infranchissable de l'enveloppe génétique.

Il existe une marge de détermination qui permet la mise en place d'une empreinte et l'éventail est plus ou moins large. Chez l'homme, s'il est particulièrement large, il reste cependant limité.

- Une deuxième classe de limites : limites temporelle :

La présence de moments dans la vie de l'organisme ou l'évènement donnera lieu à une trace.

L'oison de K. Lorenz a dans son programme génétique, dès l'éclosion, le réflexe de suivre . Il suivra ce qui bouge, près de lui, ses parents dans le cas général.

K. Lorenz qui se substitue aux parents, l'oison recevra son "empreinte" et l'"aimera" de préférence à ses congénère.

Effectué chez l'adulte ou chez le jeune, passé la phase critique, l'évènement remplacement des parents par l'expérimentateur ne laissera aucune trace. (peut être faut-il rappeler l'importance de l'environnement naturel et familial chez l'homme, dans la mise en place du comportement de l'adulte).

De même il est notoire qu'apprendre une langue passée l'âge de douze ans, demande un effort considérable et donne un résultat médiocre, comparé à ceux obtenus entre 2 et 12 ans.

Cette observation jointe à d'autres, montre que là encore existe une phase critique dans le développement de l'organisme pendant laquelle l'empreinte est reçue. Passée cette phase, l'apprentissage devient beaucoup plus difficile.

Cette empreinte reçue par le jeune marquera donc d'une manière particulière son comportement d'adulte, mais restera intransmissible directement d'une génération à l'autre.

Elle conditionnera la réponse de l'adulte dans une mesure aussi large, sinon plus que celle que lui dictent ses chromosomes.

Ce qui sera évènement pour l'adulte dépendra donc très directement de l'évènement "emprunté" reçu par le jeune que ce soit l'image de l'"être aimé" ou le langage .

3 - Hypothèse : théorie synaptique de l'empreinte :

Les bases structurales de l'empreinte sont fort mal connues, et imaginer un modèle plausible semble être prématuré, Cependant nous citerons quelques expériences qui nous apparaissent fort éloquentes.

Notons celle de Hubel et Wiesel avec le chat. Ces auteurs se sont attachés à analyser en détail, au niveau cellulaire l'effet de la privation de lumière sur le fonctionnement des voies visuelles.

A l'aide de microélectrodes, ils enregistrent l'activité de neurones individuels du cortex cérébral visuel où se projettent après plusieurs relais les cellules sensorielles de la rétine.

Première observation : à la naissance, la stimulation de la rétine, donne lieu à des potentiels évoqués au niveau du neurone du cortex visuel.

Les voies visuelles sont préétablies, l'aptitude à voir est innée:

Deuxième observation : si maintenant de la 4e semaine du 3e mois on suture les paupières du chaton de sorte que sa rétine ne recoit plus de lumière, l'adulte aura un déficit visuel très important, la même expérience effectuée chez l'adulte n'entraîne aucune cécité.

Entre le 1er et le 3e mois, l'interaction avec l'environnement est nécessaire au maintien des structures programmées génétiquement .

La stabilisation du programme génétique par le fonctionnement semble être la propriété synaptique fondamentale.

A la coupe histologique, les contacts synaptiques entre les terminaisons visuelles et certains neurones pyramidaux sont numériquement moins important chez la souris élevée en obscurité et celles élevées à la lumière.

Chez l'enfant, nous savons que le système nerveux évolue par étapes. Les migrations cellulaires aboutissent à la mise en place de couches de neurones emboîtées les uns avec les autres, et de connexions s'établissent par vagues successives.

On imagine facilement que l'environnement peut intervenir plusieurs fois de suite à des moments critiques et de façon différente.

Chez l'adulte, si son cerveau n'évolue plus, il garde cependant une aptitude, à recevoir de nouvelles empreintes, non négligeable .

Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

a) - les terminaisons nerveuses gardent l'aptitude embryonnaire de proliférer.

b) - ou encore si le nombre de connexions ne s'accroît pas, on peut imaginer qu'un certain renouvellement existe à leur niveau, que certains permettent à de nouvelles combinaisons de s'enregistrer.

Ces hypothèses n'ont encore trouvé aucune base expérimentale.

Pour conclure, ce chapitre, nous pouvons dire que l'évolution de la structure cérébrale s'effectue en interaction directe et permanente avec l'environnement.

L'EVENEMENT DANS LE MODELE PSYCHANALYTIQUE

La lecture des travaux de Freud nous permet de nous rendre compte que sa recherche fondamentale porte sur la mise en évidence d'un "évènement originel" d'où serait issue toute la systématique humaine et sociale.

Notamment dans Totem et Tabou Freud envisage l'hypothèse, selon laquelle le meurtre du Père par le Fils serait fondatrice de toute la société humaine par l'institution conjointe de la loi et de l'interdit.

Freud semble envisager dans le processus évolutif une relation entre un traumatisme et une modification structurante génératrice.

En considérant l'approche psychanalytique ou dans son aspect d'une théorie des liens sociaux mais du côté de la théorie de l'individualité, c'est à dire des personnalités au sein d'un mode socialisé, on voit que la personnalité se constitue par la rencontre du développement auto génératif et de l'environnement.

Mais les "traumatismes" sont précisément quelques uns des choix qui proviennent de la rencontre entre le développement autogénéré d'une part et le monde extérieur, représenté par les principaux acteurs intervenant dans le processus génératif, c'est-à-dire le père, la mère, les frères, les soeurs et autres figures substitutives.

Des évènements décisifs externes et inconscients marquent la formation d'une personnalité qui n'est pas seulement un développement autogénéré à partir d'une information génétique d'une part et d'une information socioculturelle d'autre part.

Ainsi il apparaît que le complexe d'Oedipe ne peut être appréhendé qu'à la fois comme structure et comme histoire, structure en temps qu'il

s'insère dans une configuration biologique et culturelle ordonnant l'organisation du psychisme conscient et inconscient à partir des pulsions, qu'elles soient ou non préorientées, investissant les premiers objets, à savoir le père , la mère, et leur problématique sexuée au sein de laquelle s'insère évidemment le sexe du sujet .

Histoire en tant qu'elle concerne un être prématuré , à la sexualité non encore vérifiée, à la fois insérée dans une relation de dépendance et d'impuissance et dans un mouvement d'autonomisation et de développement progressif dont l'issue n'est jamais assumée .

Ainsi, de manière fondamentale, Freud demande non seulement l'élucidation de la chaîne traumatisante occulte par le sujet mais aussi une nouvelle expérience vécue à la fois traumatique et détraumatisante étant la répétition et l'expulsion de cet évènement qui a altéré l'unité psychosomatique d'un individu dans son rapport à ETRE AU MONDE .

CONCLUSION PROVISOIRE :

Il n'y a pas de science du singulier, il n'y a pas de science de d'évènement, c'est là un des points les plus assuré d'une vulgarité théorique encore dominante .

Nous avons tenté dans cette première partie de montrer que dans le modèle physiologique qui sert théoriquement de base au modèle radical, la notion d'évènement est introduite récemment pour désigner ce qui est improbable, accidentel, aléatoire et singulier .

En fait, lon gtemps et aujourd'hui encore, le modèle médical relève d'une ontologie spatiale (méthode anatomo-pathologique), la nation d'évènement introduit relève d'une ontologie temporelle .

Nous pourrons dire sans trop nous tromper que ce "coefficient d'évènementialité " c'est-à-dire le temps marquant chaque chose n'est pas intégré encore au modèle médical (nous y reviendrons ultérieurement)

La démarche psychanalytique,par contre,analyse comme nous l'avons dit un système se modifiant sous le stimulant d'évènement et ou le changement est indissocié d'une relation système-évènement et où il n'y a pas de disjonction entre le système d'une part, et les évènements d'autre part : il est possible de parler d'histoire .

UN DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

Nous allons à partir d'une observation clinique tenter d'analyser les éléments qui ont fait que l'on portât à propos d'une jeune patiente la diagnostic de "mutisme psychotique" et ce quinous paraît être un "comportement psychotique".

Tout d'abord examinons les circonstances de son hospitalisation.

Un après midi dans un grand magasin, on a retrouvé Mlle D... assise sur un escalier, recroquevillée, ne disant mot. Police-Secours est alerté, Mlle D... est hospitalisée à Perray - Vaucluse.

Le comportement anormal, de type maladif a signifié que Mlle D... était malade et que son état nécessitait l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Ce qui a amené l'hospitalisation de cette jeune patiente était son comportement anormal, car la plupart des gens considérait son comportement comme s'écartant de la norme d'une société donnée (dans les grands magasins on achète, on regarde, mais on ne s'assoie pas sur un escalier).

Il nous faut souligner qu'un comportement est ANORMAL, non pas en fonction du caractère inhabituel de son contenu proprement dit (s'asseoir sur l'escalier) mais parce qu'il est déplacé.

Nous ne sommes pas frappé lorsqu'une personne se gratte la tête, remue les doigts, ou cligne des heux à moins qu'il ne le fasse de manière déplacée.

Lors de l'entretien avec nos patients, nous sommes extremement attentif à la gestuelle, au discours.

L'entretien en consultation psychiatrique a tout d'un cérémonial, évènement hautement ritualisé ou le "malade" est invité à communiquer à se

dévoiler, devant qu'lqu'un qui est là pour l'écouter, et le voir; sourire, clignement dex yeux, se tirer sur un doigt, ce geste devient anormal psychotique, car en "communiquant" avec qu'lqu'un, pour communiquer avec lui, les gestes de ce patient ne sont pas des éléments utilisés dans les communications conventionnelles.

Le "comportement psychotique" consiste en grande partie à employer pour communiquer une gestuelle, un comportement qui en temps de convention est non communicatif.

Au début de ce siècle, beaucoup de psychiatres ont commis l'erreur nous semble-t-il d'interpréter à la lettre des comportements qui consistaient en une mosaïque d'action conventionnellement non communicatives, c'est-à-dire dénuées de fonctions de communication.

Nous savons maintenant que certains individus pour des raisons dans lesquelles nous n'entrerons pas ici sont amenés à construire une sorte de mosaïques de schémas de communication avec des matériaux kinétique et phonique qui constituent le "pas important" l'autre des communications conventionnelles au niveau du sens commun et de l'unanimité.

Les mosaïques fabriquées sont souvent hautement formalisées.

Si la personne qui utilise ce code "hors frontière" est privée assez longtemps de communication réciproque, ces signaux deviennent de plus en plus stéréotypés et répétitifs.

On trouve chez les aliénés chroniques qui peuplent les asiles des cas extrêmes d'ex-communication, d'ultime désespérance de la possibilité de communiquer.

L'attitude du psychiatre actuellement est en fait <u>double</u> :

La séméiologie et la nosographie psychiatriques lui offrent une technique qui permet d'établir une distinction rigoureuse entre les observations objectives et les analyses de schémas et des séquences du comportement d'une part (sans oublier que la frontière entre le comportement normal et anormal

change constamment au gré des transformations des normes sociales qui, à notre époque sont très rapides), et les hypothèses concernant la finalité de ce même comportement.

Cette attitude double est-elle possible ? Que signifie-t-elle ?

oOo

LA PRATIQUE MEDICALE
ET
PSYCHIATRIQUE .

A - Le diagnostic étiologique

B - Le diagnostic anatomo-clinique

C - Le diagnostic sympatomatique

D - La demande de soins .

Nous allons tenter brièvement d'analyser l'objet de sa spécialité, son statut de médecin.

Nous pouvons faire remarquer tout d'abord que l'objet de la pratique spécialisée du psychiatre est la Folie.

La Folie n'est pas une maladie, c'est-à-dire une "altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution, et comme une entité définissable". Nous reprendrons l'analyse, formulée par Monsieur le Professeur Bourguignon, et nous critiquerons successivement la notion de diagnostic étiologique, diagnostic lésionnel anatomo-pathologique, le diagnostic sympatomatique.

Tous les traités classiques admettent l'existence de troubles mentaux dus à une cause dite organique, de nature infectieuse ou toxique, endocrinienne ou autre, comme si ce facteur étiologique suffisant à en rendre compte. Or la clinique montre que ces prétendus étiologies n'ont presque rien de commun avec ce que nous rencontrons en médecine ou déjà l'étiologie est rarement univoque. En psychiatrie le même "facteur" étiologique peut s'associer à des tableaux cliniques différents, voire opposés, soit même ne s'accompagner d'aucun trouble mental.

La morphine ne crée pas tout d'un coup la morphinomanie. Inversement le même tableau clinique peut se trouver en corrélation avec des facteurs étiologiques très différents.

Tout au plus peut-on dire que certaines affections toxiques ou infectueuses sont révélatrices de troubles mentaux.

La notion même de diagnostic étiologique au sens médical du terme, a-t-il un sens un psychiatrie ? Peut on réduire une manière d'Etre à une étiologie ? Ceci nous paraît en contradiction avec la nature même de la Folie, rechercher une étiologie à la folie, nous paraît vouloir utiliser un mode de pensée magique.

Quant au diagnostic anatomo clinique ou biochimique un siècle et demi de recherche se sont révélée, dans l'état actuel de la science, d'une stérilité désespérante. Le dernier constat d'échec est celui d'Adams qui estime dans sa Neurohistochimistry (1965) que les lésions cellulaires les plus nettement observées chez les sujets atteints de maladies mentales sont plus le fait des substances psychotropes sur de longues périodes que des maladies elles mêmes, ce qui ne veut pas dire que les troubles mentaux n'aient pas de corollaires anatomo-fonctionnels au niveau de l'encéphale, mais ceux-ci nous restent encore insaisissables.

Une anomalie biochimique ne peut être responsable de la folie, celle-ci étant irréductible aux seules structures anatomiques ou physicochimiques

Quand au diagnostic symptomatique a-t-il le même sens en médecine et en psychiatric, comme nous l'avons fait remarquer dans notre introduction. Le symptôme en médecin, est actuellement grace au progrès de la physiopathologie est devenu signe, il n'a plus d'existence en soi, mais il est témoin de processus anatomique et physiologique qui ont été élucidé par exemple : symptôme ictère devient signe de l'augmentation de la billirubine sanguine, peut-on dire qu'il en soit de même en psychiatrie.

Ambivalence, hermétisme, bizzarerie détachement, sont les symptômes de la schizophrénie.

Ils ne sont pas signes car aucun modèle de l'appareil psychique, même à titre provisoire est proposé, s'il en existe un c'est celui proposé par Freud et celui-ci s'oppose de manière radicale à l'objectivation de la maladie, le sens étant retrouvé non pas dans une structure anatomo-fonctionnelle, mais dans l'histoire même du sujet, le psychiatre ne formule plus de diagnostic fondée sur des lois universelles que la science a mis à jour. Mais il interprète une histoire individuelle. C'est seulement à partir de ces processus individuels et de leur sens, qu'il se permettra d'aborder l'étape de la généralisation et de la classification ; cette étape dans la méthode analytique est seconde, et comme nous le constatons donne lieu à l'existence de multiples écoles.

Nous avons dit plus haut que l'objet de la psychiatrie est la folie, nous dirons après cette brève analyse que l'objet de la psychiatrie est l'individu singulier, sa méthode, l'interprétation et la généralisation. Pour reprendre une expression de Politzer, la psychiatrie est une science de "JE", la médecine actuellement grâce au formidable progrès de la biochimie et la physiologie devient de plus en plus une science de la troisième personne.

La demande de soins psychiatrique :

Il nous est apparu après une courte expérience psychiatrique, que si le psychiatre est un médecin qui réagit en médecine, il n'est pas un médecin comme les autres, dans sa pratique quotidienne.

Il soigne des individus qui eux ne se situent pas comme des malades porteurs d'une demande de soins ordinaires, mais qui se trouvent là à la suite d'un rejet social.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique ne peut être considérée comme un acte médical (comme une hospitalisation en médecine ou en chirurgie car elle présente la double particularité suivante) :

L'hospitalisation n'est pas décidée par le psychiatre, celui-ci entérine une décision prise par les autorités ou la famille, d'autre part, cette hospi-

talisation n'est pas demandé sauf cas exceptionnel, par celui qui en est l'objet.

Cependant à l'intérieur de l'hôpital, le psychiatre tentera de guérir, d'exercer son rôle comme médecin.

Là encore une évidence s'impose à nous, le psychiatre est à l'intérieur même de l'hôpital un spécialiste de la Folie. Comme si laFolie était une maladie de même ordre que l'hépatite ou une fracture.

En résumé, nous pouvons dire que la pratique psychiatrique fait du médecin psychiatre un spécialiste original car :

- la demande de soins émane d'un tiers,
- la décision d'hospitalisation n'est pas conséquence d'un accord médecin-malade, cette décision est celle de la famille ou de l'autorité.

A l'intérieur de l'hôpital, le psychiatre est médecin spécialiste de la Folie et qu'il tentera de faire comme si l'acte thérapeutique d'hospitalisation avait été son acte.

Un malade n'a pas la Folie, il est Fou

oOo

L'EXPERIENCE PSYCHOTHERAPIQUE

A/ L'expérience immédiate du psychotherapeute

B/ La relation therapeutique .

L'EXPERIENCE IMMEDIATE DU PSYCHOTHERAPEUTE.

A travers cette relation qui s'établissait une analyse "objective n'avait aucun sens, sauf celle de relater des évènements dépouillés de tout vécu.

A travers cette première expérience de la relation thérapeutique une évidence nous apparaissait : autrui et pour moi son corps.

En effet il peut nous arriver de prétendre dissocier notre moi et notre être corporel, s'il peut nous arriver de nous vouloir autre que notre corps, cette dissociation est impossible quand il s'agit d'un autre.

Mlle D... que nous voyons, à laquelle nous pensons est pour nous cette silhouette, ce visage, nous savons que son corps peut changer et sa silhouette aussi.

Si nous l'évoquons c'est l'image de son visage qui donne à moi, s'il elle n'a plus ce visage, ce n'est plus elle. L'épyphanie de l'Autre pour reprendre une expression d'E. Lavinas.

C'est à dire qu'autrui s'offre corporellement à mon regard, il est son corps. L'être de l'autre se confond avec son apparaître corporel.

C'est pourquoi nous disons que l'expérience de la corporéité se révèle comme celle d'un immédiat qui coïncide à l'être de la présence.

S'il est vrai que l'autre est son corps, le pôle de sa présence est un autre nous qui le regardons.

En ce sens, si la présence de l'autre coïncide avec sa capacité elle la dépasse (le corps a des limites mais la présence est sans celle au delà).

Dans cet instant, l'autre s'impose à notre regard. Il devient alors cette réalité opaque, non compréhensible dans sa totalité et devant laquelle nous restons subjegués.

Avant cet instant il n'existait pas, bientôt il n'existera plus jusqu'à la prochaine et hypothétique rencontre.

Cependant nous pouvons nous souvenir, nous imaginer.

C'est dans cette absence, dans notre souvenir, notre imagination que le désir, notre désir va apparaître.

Dans cette absence, dans cette conscience de l'objet (au niveau du souvenir, et de l'imagination absence et conscience de l'objet sont alors une seule et même chose), que le désir, notre désir fait irruption.

Tout désir est réminiscence d'une présence, volonté de combler une absence, un : manque à être.

Cette expérience immédiate nous paraît être le premier élément du processus de la relation psychothérapeutique.

2 - La relation thérapeutique :

Il semble que la relation thérapeutique puisse se définir en premier lieu comme Action qui a pour effet de mobiliser et de transformer l'économie affective de l'individu et de son milieu.

Le médecin dans la pratique psychothérapique place le sujet à une certaine distance définissant la modalité d'un rapport intersubjectif. Mais cette instance qui permet une communication et spécifie l'entretien est en fait variable.

En effet la pratique quotidienne donne l'expérience de formes de transgression de cette distance.

La façon dont le patient se situe par rapport au thérapeute et les fluctuations qu'ils apportent à ce rapport sont riches en significations.

Pour le thérapeute, toute rigidité de cette distance bloque la situation sur une représentation de soi comme objet d'observation.

La relation thérapeutique porte une lourde charge de tension et l'émotionnalité communément remarqué en est une confirmation manifeste.

A partir de quelques expériences personnelles, et nous demandons au lecteur de bien vouloir excuser cette analyse par trop subjective, nous allons tenter de dégager quelques directions de compréhension de la relation thérapeutique dans la situation d'entretien.

Le premier problème est à notre sens celui des Motivations.

Le thérapeute est appréhendé comme personne extérieure à la problématique du sujet soigné. Il est détenteur d'un savoir, objet d'intérêt de curiosité, d'inquiétude et pour reprendre l'expression de P. Fedida, on peut dire qu'il institutionnalise à sa façon un rapport qui est celui du pouvoir d'adaptation de l'aptitude au travail, des conditions d'insertion sociale.

Le psychothérapeute est donc une frontière en fonction de laquelle s'apprécie un certain rapport àla vie.

Les motivations du médecin du moins son attitude :

On s'aperçoit que dans une première phase, c'est lui qui fixe le temps et le lieu de l'entretien, c'est à partir de son vouloir que la relation s'organise.

La psychothérapie est donc dépendante dans un premier temps de l'acte d'autorité initiale.

Nous pouvons faire remarquer d'autre part que dans la situation d'entretien le patient se montre et se voit en présence du thérapeute.

En fait se mettre à nu et mettre à nu son interlocuteur sont des actes qui ont même sens. Dans les deux cas il s'agit d'affirmer une identification de soi et de l'autre. De ce fait se trouve annulée la distance à autrui et toute possibilité de communication intersubjective.

Au cours de l'entretien thérapeutique se réalise par le concept ou le modèle un double processus.

D'un côté le patient cherchant auprès du thérapeute une image unifiée de soi, image vitale.

Cette image n'est autre que le pouvoir espérer de se concevoir soi-même qui implique nécessairement d'abord une identification au thérapeute, puis une organisation de sa propre identité indépendante de celle du thérapeute.

Nous soulignerons donc la nécessité de reinstauration de la distance et de garder la possibilité de la moduler, c'est-à-dire ouvrir le processus de guérison.

Le modèle conceptuel semble nécessaire pour réinstaurer cette distance.

Nous allons tenter dans ce second temps d'analyser le rôle joué par le modèle conceptuel dans la relation thérapeutique.

1 - Le modèle conceptuel de l'appareil psychique implicite chez tout thérapeute et même explicite

Au cours d'entretiens thérapeutiques auxquels il nous a été donné d'assister ou de participer activement dans la situation de thérapeute, nous avons pu constater que ce dernier (en l'occurence nous mêmes) se dispense de "comprendre" dès l'instant où les expressions singulières du patient trouvent immédiatement leur signification dans sa représentation conceptuelle.

Afin d'étayer cette proposition nous nous permettrons d'évoquer un entretien avec une patiente.

Celle-ci se remémorait des jeux dans un grenier lors de son enfance avec ses frères.

A son écoute, les thérapeutes trouvent dans ses dires une magistrale illustration de la théorie freudienne (jeux d'enfants). Il y a à ce moment interac-

tion entre le discours de la patiente et celui du thérapeute voulant induire d'autres éléments complétant cette thèse.

Le dire du patient n'était qu'illustration a posteriori d'une représentation conceptuelle donnée et le thérapeute montrait un certain plaisir à l'écouter.

2 - Le modèle médical :

Comme nous l'avons souligné dans notre introduction, la maladie mentale est appréhendée par le médecin-psychiatre comme une symptomatologie à laquelle correspond une thérapeutique déterminée (par exemple hallucinolytiques : Buby rophenones

Ce n'est plus un malade qui est appréhendé mais sa maladie, l'individu en tant que totalité dynamique n'est plus; l'acte médicale nécessite un morcellement.

Il y a possibilité de réutiliser le modèle médical lors d'une écoute psychothérapique. Lors d'un entretien avec une jeune schizophrène nous racontant son vécu corporel, se morcellant avec une charge d'angoisse nous étant difficilement supportable nous avons tenté de retrouver, lors du déroulement de son discours perçu comme psychotique de façon certaine, une séméiologie déjà connue, permettant de rattacher quelques bribes de ce discours à une maladie somatique. Encore une fois, cette individualité du moins son vécu ne pouvant plus être appréhendé dans sa totalité dynamique et son discours était par nous morcellé, afin de pouvoir être entendu jusqu'au bout.

3 - La redite du discours du patient ou morcellement :

L'expérience quotidienne nous montre la nécessité des psychothérapeutes de parler de leurs malades. La redite du discours par le thérapeute n'est jamais le "discours" du patient mais toujours un choix d'éléments à l'intérieur de ce discours, éléments utilisés pour affirmer le modèle concemtuel du thérapeute ou plus exactement ciserler celui-ci ou tout simplement faire partager sa propre expérience à d'autres.

Le patient dans son individualité est absent, son discours morcelé permet au thérapeute de s'exprimer en tant qu'individualité devant les autres.

4 - Manipulation :

Il nous arrive parfois d'avoir un projet conscient concernant nos malades, le discours de celui-ci n'est plus entendu, le thérapeute utilise son privilège et sa situation pour insérer le malade dans son projet.

A partir de ces quelques éléments nous voyons que la pratique psychothérapique, la représentation conceptuelle permet une rétention sur un mode plaisant, acquiert un pouvoir d'organisation à l'intérieur du thérapeute, dont le vécu semble être celui du désir. Le désir de savoir (de sapere gouter, savourer), se lie à une représentation de personnes et d'actes absents, ensuite projetée sur le patient dont le discours devient ultérieurement source de plaisir. Ici l'acte de la pensée se donne comme exercice de jouissance.

Le thérapeute dans sa pensée engendre selon nous un espace imaginaire alimenté par le discours du patient et qui est source de plaisir.

Cependant ce qui doit à notre avis aussi retenir l'attention du thérapeute c'est la vérité du sujet lui même, les péripéties qui l'ont mené avec maux dont il souffre, puis aux moyens qu'il déploie pour les atténuer.

La relation thérapeutique n'est pas en premier lieu une technique, elle n'est pas seulement source de plaisir, elle vise une vérité.

Le problème primordial est de restituer le sujet et de fonder l'intersubjectivité comme condition de l'objectivité.

CONCLUSION

Le statut de la psychiatrie devient problématique par rapport aux sciences humaines, mais aussi à l'intérieur du champ médical.

Qu'est que la psychiatrie par rapport à une psychologie clinique et à la psychopathologie ?

La psychiatrie est-elle clinique dans le même sens que la médecine générale ?

La psychiatrie ne se situe-t-elle pas à l'intérieur de la clinique médicale dont elle assurerait un renouvellement conceptuel et méthodologique.

Quelles frontières nouvelles la psychiatrie dessine-t-elle entre le normal et le pathologique, et peut-il y avoir clinique sans manifestations de symptômes ?

La psychanalyse sans laquelle la psychopathologie et la psychologie clinique n'auraient pas eu le développement actuel peut elle être saisir dans la pure tradition d'une démarche clinique ?

La possibilité de multiplier ainsi les questions, figure le statut difficultueux de la psychiatrie. Plus ces interrogations mènent à poser la question des fondements et des présupposés de ses méthodes.

Finalement ce qui est en jeu c'est la spécificité d'une perception et d'une compréhension psychiatrique à l'intérieur d'un champ de la clinique médicale en évolution rapide, à la fois sur le plan méthodologique technique et nosographique.

Les nouveaux rapports avec l'ethnopsychiatrie et d'une façon plus générale les sciences humaines (sociologie et psychologie plus particulièrement) aboutissent à l'heure actuelle à une remise en cause et un dépassement du champ purement psychiatrique devant rendre compte des significations de l'intervention et de l'extension de la psychopathologie comme fait de culture.

Mais cette constatation ouvre un immense débat, débat méthodologique, rencontre de divers formes de savoir élaboré à partir de princeps de problèmes, de moyen d'investigation différent.

Il va sans dire qu'il y aurait la matière de reformuler les concepts au contact de nouvelles expériences.

oOo

BIBLIOGRAPHIE

La liste suivante comporte un certain nombre d'ouvrages en rapport direct avec notre étude bien que le texte ne s'y réfère pas expressément.

1 - ALEXANDER F.G. and SELESCNICK

The history of psychiatrie - An evaluation of psychiatrics Thought and practice from prehistoric times of the present. 1966-1972, New York Harper and Row Paris Armand Colin

2 - AMADO LEVI, VALENSI E.

La communication
1967, Paris P U F
Le temps dans la vie psychologique 1965, Paris Flammarion

3 - BACHELARD G.

Epistemologie (textes choisis)
1971 Paris P U F

4 - BETTLHEIM B.

La forteresse vide
1969, Paris Gallimard
La Blessure symbolique
1971 Paris Gallimard

5 - BENOIT G. et DAUMEZON

Apport de la psychanalyse à la séméiologie psychiatrique
1971, Paris Masson

6 - BOURGUIGNON André

Anti diagnostif
La NEF N 42, 1971, Paris J. Tallandier

7 - CANGUILHEM G.

Le normal et le pathologique
1966, Paris PUF

8 - CHANGEUX J.P.

Le cerveau et l'évènement
Communication 1972, n° 18, 1972 Paris

9 - FEDIDA P

Perception et compréhension clinique
Bulletin de Psychologie 270 XXI, 1968 Paris

10 - FOUCOULT M.

Naissance de la clinique

11 - FREUD S.

Le rêve et son interprétation
1971, Paris Gallimard,

Meta psychologie
1971 Paris Gallimard

Essai sur la psychanalyse
1971, Paris Gallimard

12 - HUXLEY Julian

Le comportement rituel chez l'homme et l'animal
1971,; Paris Gallimard

13 - JACOB F.

La logique du vivant
1971, Paris Gallimard

14 - LAMP S

Soi et les autres
1971, Paris Gallimard

Le moi divisé
1971, Paris Stock

15 - LEVINAS E.

Quatre lectures talmadiques
1970, Paris Editions A. Mineur

Totalité et infini
1967, Paris PUF

16 - MARCEL Gabriel

Etre et avoir
1968, Paris Aubier Fontaine

17 - MANNONI M.

Le psychiatre, sa foie et la psychanalyse
1970, Paris Le Seuil

18 - MONOD J.

Le hazard et la nécessité
1970, Paris Le Seuil

19 - PANKOW G.

L'homme et sa psychose
1970, Paris Aubier Fontaine

20 - POLITZER J.

Critique et fondement de la psychologie
1968, Paris PUF

21 - PONTALIS J.B.

Après Freud
1971, Paris Gallimard

22 - RECOEUR P.

De l'interprétation - Essai sur Freud
1965, Paris Le Seuil

oOo

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur BOURGUIGNON

Vu, le Doyen de la Faculté

NECKER - ENFANTS - MALADES

M. le Professeur JEROME

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET